美容皮膚科問診票

ふりがな　　年　　月　　日

氏名：　　男　・　女

住所：〒

電話番号：　　緊急時連絡先：

生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）　身長：　　体重　　Kg

既往歴(チェックしてください)

□高血圧（　　歳）　□心臓病（　　歳）　□脳卒中（　　歳）

□糖尿病（　　歳）　□肺炎（　　歳）　□肝臓病（　　歳）

□白内障（　　歳）　□緑内障（　　歳）

□アトピー性皮膚炎（　　歳）　□花粉症（　　歳）　□アレルギー性鼻炎（　　歳）

□喘息（　　歳）　□その他（　　）

アレルギー(チェックしてください)

・食物アレルギー　□なし　□あり（　　）

・薬剤アレルギー　□なし　□あり（　　）

・その他　（　　）

問１　どのような症状に対しての診察をご希望されますか？

□しみ　□そばかす　□くすみ　□赤み　□小じわ　□たるみ　□いぼ・血管腫

□肝斑　□毛穴の開き　□毛穴の黒ずみ　□ニキビ　□アンチエイジング

□脱毛：希望部位（　　）

問２　具体的に希望の治療がありますか？

□ない　　□話を聞いて考えたい

□ある　➡□フォトフェイシャル　□ジェネオプラス　□ケミカルピーリング

□レーザーフェイシャル　□リフトアップシャワー・レーザー

□レタッチピール　□肝斑治療　□メソポレーション　□しみ取り

□医療レーザー脱毛　□ブルーレーザー　□点滴注射

□その他（　　）

裏面にも続きがあります

問３　これまでに病院クリニックで美容皮膚科診療を受けられたことはありますか？

□初めて

□経験あり　➡　□レーザー脱毛　□シミ取りレーザー　□IPL

□その他（　　）

➡　治療部位（　　）

➡　その時異常は　□なかった　　□あった（　　）

問４　エステなどで脱毛やピーリングなどの施術を受けたことはありますか？

□ない

□経験あり　➡　レーザー脱毛・光脱毛・針脱毛・ケミカルピーリング

その他（　　）

➡　その時異常は　□なかった　　□あった（　　）

問４　皮膚のトラブル・アレルギーはよくありますか？

□あまりない

□よくある　➡ アトピー･かぶれ･じんましん･カミソリまけ･その他(　　)

問５　海などで日光に当たったときの皮膚の反応はどうなりますか？

□スキンタイプⅠ：すぐ赤くなるだけ

□スキンタイプⅡ：すぐ赤くなり、少し褐色になるがすぐ消える

□スキンタイプⅢ：時々赤くなり、日焼けの褐色が残る

□スキンタイプⅣ：ほぼ赤くならず、すぐに日焼けの褐色になる

問６　現在、治療中の病気はありますか？　（　はい　・　いいえ　）

病名（　　）　治療薬（　　）

問７　現在妊娠中、もしくはその可能性がありますか？

□なし

□現在妊娠している（　　ヶ月）　　□可能性あり

問９　当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ・近所・通り道・ご紹介・ご家族・インスタグラム・その他

問１０　その他体調のことや皮膚のことで気になる点がありましたらご記入ください。

（　　）